

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 188

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
l'Ulcère simple du Rectum

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Juin 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean POULY

Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 12 Novembre 1907, à ANNONAY (Ardèche)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1933

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ULCÈRE SIMPLE DU RECTUM

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 188

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
l'Ulcère simple du Rectum

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Juin 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean POULY

Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 12 Novembre 1907, à ANNONAY (Ardèche)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. BONNET, agrégé,
Clinique des maladies des enfants	chargé de cours
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURIQUAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	VILLARD
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	CO' LET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAY ET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	COURMONT
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	FLORENCE
Anatomie	MOREL
Histologie	MANCEAU
Physiologie	GUIART
Pathologie externe	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales	DOYON
Anatomie pathologique	LERICHE
Chirurgie opératoire	FROMENT
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	CADE
Médecine légale	FAVRE
Hygiène	PATEL
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. SAVY, président ; CADE, assesseur ;

DECHAUME et BERNHEIM

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

Qui a bien voulu nous confier le
sujet de cette thèse, et dont l'en-
seignement demeurera pour nous
un exemple précieux et le meilleur
des souvenirs.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL.

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CADE

Qui a bien voulu accepter de
faire partie de notre jury.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ULCÈRE SIMPLE DU RECTUM

Introduction et Historique

Lorsque Cruveilhier décrivit l'ulcère simple de l'estomac, il signala qu'il existait un ulcère analogue du gros intestin et du rectum. Depuis, différents auteurs ont abordé la question, et ont confirmé l'existence et l'individualité de cette maladie. Mais, si l'on interroge les traités de pathologie intestinale, on constate que l'ulcère simple du rectum n'a jamais été l'objet d'une étude particulière. En effet, Mathieu et Roux, Debove, Achard et Castaigne, Bonorino-Uadondo, Bensaude, Lockhart-Mumméry, signalent tous les particularités de l'ulcère simple du gros intestin se rapportant pour les décrire à l'excellente étude qu'en ont fait Quénu et Duval. Par contre, l'ulcère simple du rectum reste totalement méconnu.

D'autre part, si l'on recherche les études publiées à ce sujet, on ne découvre que de très rares observations.

Après Cruveilhier, qui cite à l'appui de sa thèse, trois observations, dont deux se rapportant à des ulcères rectaux, Marchessaux en 1837, Rogée en 1838, E.

Vidal en 1874, présentent des observations d'ulcères du rectum non spécifiques, qu'ils rangent dans la catégorie des ulcères simples. Malheureusement, toutes ces observations sont discutables *a priori*, le caractère anatomique des lésions n'ayant pas été contrôlé par l'examen histologique, qui seul, en définitive, peut trancher de la spécificité ou de la non-spécificité des lésions.

En 1902, Quénu et Duval font faire à la question un pas décisif en réunissant à l'occasion d'une observation personnelle d'ulcère rectal, toutes les études et observations parues à ce jour sous le chef de l'ulcère simple du gros intestin et du rectum. Cette étude scrupuleuse parue dans *la Revue de Chirurgie*, a le mérite de s'appuyer sur les bases solides de l'examen histologique, et permet aux auteurs de donner une définition exacte de l'ulcère simple.

Depuis, le Docteur Nicolas Paus, de Christiana, a publié deux observations d'ulcère du rectum perforé, avec examen histologique.

Enfin, notre étude apporte trois nouveaux cas observés dans les services de M. le Professeur Savy et de M. le Docteur Delore. Autour de ces observations, nous nous proposons de réunir toutes les connaissances acquises jusqu'ici sur l'ulcère simple, et d'esquisser une étude clinique de sa localisation rectale.

Car, malgré la rareté des observations, leur étude nous permet d'acquérir la notion que l'ulcère simple du rectum est d'une fréquence relative, qu'il possède une individualité clinique incontestable, et que son diagnostic entraîne des indications thérapeutiques précises.

Seules, la méconnaissance de ses symptômes, la difficulté de les identifier, la nécessité de pratiquer les examens rectoscopiques et microscopiques pour affirmer la véritable nature de l'ulcère, expliquent que cette affection ait passé longtemps inaperçue, et que son importance soit aussi minime dans la littérature.

Pour combler cette lacune, il apparaît actuellement nécessaire de reprendre toutes les données pathogéniques et anatomiques acquises sur l'ulcère simple du gros intestin, et d'amorcer une étude clinique de l'ulcère simple du rectum. Celle-ci forcément incomplète, vu le nombre restreint des cas sur lesquels nous pouvons nous appuyer, devra servir de cadre aux travaux ultérieurs qui l'enrichiront de nouvelles observations.

Notre thèse comportera donc :

I. — Une définition de l'ulcère simple du gros intestin en général.

II. — L'exposé des observations.

III. — L'étude clinique et anatomique de l'ulcère simple du rectum.

IV. — Son traitement.

CHAPITRE PREMIER

Définition de l'ulcère simple recto-colique Ses caractères pathogéniques et histologiques

Dans ce chapitre, nous nous proposons de répondre aux deux questions suivantes :

- L'ulcère simple existe-t-il ?
- Quels sont ses caractères distinctifs ?

Pour cela nous nous placerons dans le cadre de l'ulcère simple recto-colique, celui-ci étant reconnu comme une lésion unique, qu'il soit localisé sur les côlons ou sur le rectum. Ceci nous permettra de recourir à une plus ample documentation, et d'éclaircir plus particulièrement la pathogénie de l'ulcère simple.

Afin d'isoler l'ulcère simple et de définir son individualité :

1° Nous éliminerons toutes les ulcérations recto-coliques spécifiques, dont il se distingue;

2° Nous préciserons les caractères pathogéniques et histologiques qui permettent de le distinguer de ces affections.

A. — Des ulcères recto-coliques

Les affections générales ou locales, qui aboutissent à la formation d'ulcérations sur la muqueuse recto-colique sont très diverses, c'est pourquoi la recherche du facteur étiologique est un élément capital du diagnostic de l'ulcère ; du reste, dans la plupart des cas, la lésion ulcéreuse est un phénomène secondaire au cours d'une affection générale placée au premier plan de la scène clinique ; c'est le cas habituel de l'ulcère spécifique, qui s'oppose ainsi à l'ulcère simple dont l'évolution constitue tout le tableau clinique : en effet, ni les antécédents, ni le contexte pathologique, ni les examens cliniques et histologiques ne parviennent à identifier son origine, à toutes ces questions correspond une réponse négative, on est alors conduit à poser le diagnostic d'ulcère *simple*. Nous verrons par la suite ce qu'il faut entendre par ce terme ; auparavant, il nous apparaît nécessaire de passer en revue toutes les affections générales et locales qui peuvent entraîner l'apparition d'ulcères sur la muqueuse intestinale, et plus particulièrement sur le rectum.

Qu'on veuille nous pardonner cet exposé didactique, mais pour plus de clarté, il est indispensable de confronter une brève étude des ulcères en général avec celle de l'ulcère simple, afin de mieux faire ressortir les différences essentielles qui les séparent.

Ces ulcères peuvent se diviser en trois groupes :

— Ulcères d'origine inflammatoire ;

— Ulcères d'origine circulatoire ;

— Ulcères d'origine néoplasique.

I. — LE PREMIER GROUPE comprend les *ulcères par lésions inflammatoires* de la muqueuse intestinale. Ce sont les entérites et les rectites.

Nous nous bornerons à décrire les rectites qui seules nous intéressent. On peut distinguer :

1° *Les rectites banales* causées par des hémorroïdes (ulcères variqueux de Robitansky), un polype, un prolapsus, un corps étranger, des vers intestinaux, une inflammation du voisinage provenant de la prostate ou des vésicules séminales, ou encore parfois par l'abus de purgatifs drastiques. Ces rectites aiguës évoluent rarement jusqu'à l'ulcération de la muqueuse, qui présente simplement un état congestif et de petites escarres jaunâtres.

Elles peuvent passer à la chronicité.

2° *Les rectites spécifiques*. — Celles-ci reconnaissent pour cause :

— La blennorrhagie ;

— Le chancre mou ;

— La syphilis : il s'agit rarement d'un chancre, mais parfois de plaques muqueuses. Plus souvent la syphilis tertiaire se manifeste au niveau du rectum par des syphilides ulcéreuses qui s'accompagnent d'un épaissement de la paroi rectale rétrécissant le conduit.

— La tuberculose, enfin, donne des localisations rectales, généralement épiphénomènes d'une tuberculose intestinale ; elle se manifeste par de larges ulcérations à direction verticale, suivant le trajet des lym-

phatiques. L'examen histologique y démontre les éléments tuberculeux spécifiques.

A l'état chronique, on observe les lésions suivantes :

— Rectite granuleuse : premier stade où la muqueuse apparaît dépolie, semée de petites granulations reposant sur un fond inflammatoire. Histologiquement : les différentes tuniques rectales sont infiltrées de cellules embryonnaires.

Ces lésions évoluent vers la :

— Rectite proliférante : la muqueuse porte des végétations plus ou moins volumineuses qui tendent à s'ulcérer ; il se produit un écoulement muco-purulent et parfois des hémorragies assez importantes. L'état général est très altéré. Histologiquement : sur les parties saillantes, l'épithélium cylindrique est remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié avec une couche cornée.

Enfin le dernier stade évolutif est représenté par la :

— Rectite proliférante et sténosante de Delbet et Mouchet.

L'inflammation aboutit au rétrécissement du rectum. Ces rétrécissements du rectum qui peuvent être également cicatriciels à la suite d'un traumatisme ou d'une ulcération, sont généralement d'origine inflammatoire et ressortissent principalement de la tuberculose. Le rectum se transforme en un cylindre rigide à parois épaisses, entouré de lésions de péricrectite. Au-dessus du rétrécissement, il existe une large ulcération circonférentielle limitée supérieurement par un bourrelet muqueux et s'accompagnant souvent d'ulcérations multiples du côlon descendant et même

ascendant. Histologiquement : l'infiltration embryonnaire du premier stade inflammatoire subit une transformation fibreuse.

3° *Rectites infectieuses* : apparaissant comme complications de la grippe, de la rougeole, de la variole, du choléra et surtout de la dysenterie et de la typhoïde.

4° *Rectites toxiques* déterminées par l'absorption de corps étrangers tels que l'arsenic, le mercure, le plomb ou par une auto-intoxication diabétique, urémique ou goutteuse.

Nous nous sommes étendu un peu longuement sur les variétés de rectites capables de déterminer des lésions ulcéreuses, et nous n'avons pas cru inutile d'insister sur ce chapitre, car l'ulcère simple doit être nettement distingué de tous les ulcères par rectite : en effet, ces derniers apparaissent soit au cours d'une maladie identifiée telle que la tuberculose, soit au cours d'une affection spécifique telle que syphilis, blennorragie, soit après une intoxication ou au cours d'une maladie infectieuse ; d'autre part, dans toutes les rectites inflammatoires, il existe d'importantes lésions anatomo-pathologiques et les ulcères sont habituellement multiples. Tous ces caractères s'opposent à ceux de l'ulcère simple comme nous le démontrons ultérieurement.

II° GROUPE : *Ulcères par lésions vasculaires.*

Ce groupe, beaucoup plus restreint, comprend tous les ulcères par embolie, par thrombose et d'une fa-

çon générale par altération dégénérative des vaisseaux de l'intestin.

Ils apparaissent chez les cardiaques (insuffisance mitrale, endocardite infectieuse), les athéromateux et les amyloïdes. Ces ulcères siègent habituellement sur le gros intestin et se localisent rarement sur le rectum.

Dans l'ulcère simple il existe également des lésions vasculaires au niveau des artérioles, mais jamais au niveau des grosses branches artérielles, comme c'est ici le cas, d'autre part les antécédents pathologiques suffisent à différencier les deux variétés d'ulcère.

III^e GROUPE : *Ulcères par lésions néoplasiques.*

L'épithélioma s'ulcère fréquemment, surtout dans sa forme villeuse et encéphaloïde. L'ulcération est plus rare dans le lymphadénome et le sarcome.

Ici la différenciation est aisée grâce à l'examen biopsique qui ne laissera jamais de doute sur l'identité des lésions.

Toutes ces ulcérations sont la conséquence de la nécrose de la muqueuse rectale ; lorsqu'elles surviennent à la suite d'infection, d'intoxication, ou d'inflammation, elles sont directement causées par l'action du produit toxique ou infectieux sur l'intestin ; lorsqu'elles succèdent à une oblitération vasculaire, elles semblent dues à un processus de nécrobiose sur place probablement aggravé par les germes intestinaux. Relevant toutes d'une étiologie précise, elles présentent un caractère de lésions spécifiques.

En dehors d'elles, il existe un autre groupe d'ulcé-

rations entretenues par les agents microbiens normaux de l'intestin et du rectum et qui mérite le nom d'ulcère simple.

On aboutit donc à la conclusion que le diagnostic d'ulcère simple du rectum est un diagnostic d'élimination, lorsque, en présence d'un ulcère, passant en revue tous les facteurs étiologiques connus, ni le passé pathologique, ni l'examen clinique ne permettent de le rapporter à une intoxication, infection, ou lésion vasculaire secondaire, et que, d'autre part, l'examen microscopique ne révèle ni inflammation spécifique, ni infiltration néoplasique des tissus.

L'ulcère simple étant ainsi distingué des autres variétés d'ulcères du rectum, nous allons rechercher s'il possède des caractères propres, par l'étude de sa pathogénie et de son histologie pathologique.

B. — De l'ulcère simple de l'intestin

I. — PATHOGÉNIE

Depuis les premières observations de Cruveilhier, on a tenté d'expliquer diversement l'origine des ulcères non spécifiques du côlon et du rectum.

L'explication la plus simple, émise par Dickinson, et relevée par tous les auteurs, placerait à l'origine de l'ulcère l'irritation mécanique résultant du contact répété de matières fécales trop dures et septiques. Chez la plupart des malades atteints d'ulcères de l'in-

testin, on relève en effet dans les antécédents une constipation opiniâtre ; d'autre part, le Docteur Nicolas Paus, de Christiana, au sujet d'un ulcère perforé du rectum ayant livré passage à une assez grosse concrétion fécale, attire l'attention sur le rôle pathogénique des corps étrangers fécaux ou autres, qui peuvent s'arrêter et s'enclaver dans les plis du rectum, et en particulier au-dessus de la valvule de Hyrtl-Nelaton ; à leur niveau, la muqueuse s'ulcère et s'infecte, et le processus peut conduire finalement à la perforation. Cet exemple est probant, et ne permet pas de mettre en doute le rôle joué par le bol fécal dans la genèse de l'ulcère, mais ce rôle est certainement secondaire, il intervient en tant que cause déterminante ou adjuvante de l'ulcère, et par son action persistante risque de hâter l'évolution vers la perforation ; mais son rôle se borne là, et ne suffirait pas à lui seul à expliquer l'apparition d'un ulcère sur une muqueuse saine. D'autre part, la constipation signalée dans les observations peut être également interprétée comme un phénomène réflexe secondaire à l'apparition de l'ulcère, un symptôme sans signification pathogénique.

De toute façon, il nous faut chercher plus loin, le véritable point de départ du processus ulcératif.

Nous ne citerons que pour mémoire les hypothèses non confirmées de l'origine peptique ou névro-trophique de l'ulcère.

La théorie inflammatoire fut mise en avant par Broussais et Cruveilhier, mais l'examen des pièces anatomiques ne permet pas de l'adopter, car la mu-

queuse apparaît toujours saine autour de l'ulcère dont les localisations sont circonscrites.

D'autre part, l'examen microscopique s'y oppose, car s'il existe parfois une légère inflammation, celle-ci doit être interprétée comme une réaction secondaire qui s'explique par l'action des germes intestinaux au niveau de la lésion ; d'ailleurs on ne découvre jamais un état inflammatoire capable d'entraîner des modifications profondes des tissus, comme c'est le cas dans les rectites que nous avons étudiées plus haut.

Pour Virchow, il s'agissait d'oblitérations artérielles survenant à la suite d'affections des tuniques vasculaires, de dilatation anévrysmale, ou d'arrêt circulatoire par embolie. Mais dans ce cas, nous sortons du cadre de l'ulcère simple, et, d'autre part, il faut une oblitération ramusculaire et non tronculaire pour expliquer la naissance d'ulcères limités. C'est pourquoi James Oliver penchait en faveur d'une oblitération des capillaires.

Enfin Widal et Meslay concluent à une infection propagée par voie vasculaire. Mais plutôt qu'une bactériémie il y a lieu de faire intervenir une toxémie qui, née en un point quelconque de l'organisme, se répandrait par voie sanguine, provoquant à distance au niveau du gros intestin une lésion destructive ulcéreuse.

C'est la thèse de Gandy reprise par Quénu et Duval.

Ces conclusions, si elles étaient confirmées, permettraient de faire rentrer les ulcères simples dans le

cadre des ulcères d'origine infectieuse ou toxique, les toxines en cause demeurant inconnues. Leur individualité ne serait qu'artificielle, et leur groupe tendrait à se dissocier par la suite et à se réclamer d'étiologies précises au fur et à mesure que leur étude s'enrichirait de nouvelles connaissances.

Il nous reste enfin à expliquer par quel processus anatomique une toxémie crée la lésion ulcéreuse. La parole est ici à l'histologie,

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE

Les conclusions du laboratoire rejoignent celles des partisans de la théorie vasculaire, et elles mettent en évidence le rôle capital joué par les lésions des petites artérioles des parois intestinales. Ce sont elles qui paraissent être à l'origine de l'ulcération.

C'est ainsi que dans l'observation citée par Quénu et Duval « sur des coupes pratiquées en série on découvre un tissu scléreux cicatriciel renfermant un grand nombre de capillaires et une artériole volumineuse oblitérée elle-même par un tissu scléreux cicatriciel renfermant des capillaires propres, et qui ne peut être interprété autrement que dans le sens d'une thrombose ancienne de ces vaisseaux ».

Donc, l'importance est capitale des lésions des artérioles : lésions d'endarterite, tantôt non oblitérantes, tantôt thrombosantes. Le cas particulier offre une oblitération complète par un tissu fibreux cicatriciel pénétré lui-même de quelques capillaires, organisation qui met en évidence un état ancien.

Dans l'observation du Docteur Nicolas Paus, le compte rendu de l'examen histologique signale également que les vaisseaux sont en partie thrombosés.

Enfin, dans le cas d'une de nos malades, on relève que le fond de l'ulcération comporte une nappe inflammatoire fortement angiomateuse.

Ces lésions vasculaires sont les seules signalées dans tous les examens pratiqués : la muqueuse apparaît toujours saine autour de l'ulcération dont les tissus ne portent aucune trace d'inflammations spécifiques. Il apparaît donc que les lésions des petites artérioles constituent la lésion initiale, intermédiaire entre la cause étiologique et la nécrose hémorragique qu'elle tient sous sa dépendance ; elles créeraient un état dystrophique, une prédisposition à une ulcération survenant ultérieurement pour une cause quelconque : vieillesse, septicité du contenu intestinal, infection passagère, irritation par le passage des matières fécales, inoculation directe de l'intestin.

Donc, après avoir incriminé séparément veines, artères, nerfs, on en est venu à considérer comme cause prédisposante un état dystrophique des parois intestinales sous la dépendance de lésions des artérioles, d'origine toxinémique, l'ulcère étant déterminé par une cause accessoire fonction du milieu intracolique et des fonctions du gros intestin.

L'ulcère ainsi formé passe à la chronicité par un processus secondaire inflammatoire à tendance sclérosante destructive, et surtout par le fait de l'oblitération vasculaire qui affecte la vitalité des tissus et leurs tendances réparatrices.

Pour conclure, bien que nous soyions suffisamment éclairé sur le mécanisme des lésions, il est difficile de donner actuellement une définition de l'ulcère simple du gros intestin et du rectum, car sa véritable origine demeurant inconnue, laisse une porte ouverte à toutes les hypothèses.

Nous devons donc nous contenter de le définir cliniquement et c'est la partie principale de notre travail, car si le terme d'ulcère simple du rectum suppose notre ignorance de son origine, nous verrons que, en clinique, cette affection possède une individualité indiscutable, tant par sa symptomatologie que par son évolution.

CHAPITRE II

Exposé des observations

Les cas d'ulcères simples du rectum publiés jusqu'à ce jour sont très peu nombreux, et se bornent à une dizaine d'observations. Cependant, cette affection nous apparaît beaucoup plus fréquente qu'on pourrait le supposer de ce fait ; et cette pauvreté de la documentation s'explique par la grande difficulté du diagnostic sans l'aide du contrôle histologique. Les anciens observateurs, bien que connaissant l'existence de l'ulcère simple du rectum, ne pouvaient en avancer le diagnostic qu'avec une extrême réserve, et leurs observations les plus probantes sont encore sujettes à la critique. Par contre, les observations récentes possédant toutes un examen histologique, offrent un caractère d'authenticité indiscutable. C'est grâce à la confirmation du laboratoire que l'étude des ulcères simples du rectum s'est enrichie ces dernières années de cas plus nombreux et plus probants qu'auparavant, et ce fait souligne l'importance capitale de cet examen.

C'est pourquoi nous rangerons les observations présentées en deux groupes :

1° Les cas incomplets auxquels manque l'examen histologique ;

2° Les cas indiscutables contrôlés par le laboratoire.

A. — *Observations incomplètes*

Avant de relever le compte rendu de ces observations, nous citerons pour mémoire quelques cas signalés par les auteurs comme étant des ulcères simples du rectum, mais sans preuves suffisantes d'authenticité.

C'est ainsi que Cruveilhier, décrivant pour la première fois l'ulcère simple du gros intestin, cite à l'appui deux cas :

— Le premier se rapporte à un ulcère circulaire chronique du rectum, mais la lésion paraît être fonction de la syphilis, le malade ayant eu antérieurement des productions locales syphilitiques.

— La deuxième concerne une femme qui présentait une perforation recto-vaginale entourée de clapiers fistulisés. Là encore, on relève des antécédents syphilitiques dans l'histoire du sujet.

Vidal, en 1874, signale un ulcère de l'estomac accompagné d'ulcus rectal de même nature.

Marchessaux, le premier, en 1837, présente dans le *Bulletin de la Société Anatomique de Paris* une observation complète dont voici le texte :

OBSERVATION N° 1

Femme âgée de 45 ans. Nerveuse, alcoolique. Ne présente aucun antécédent pathologique. Est sujette à une constipation habituelle.

Brusquement cette femme est atteinte de péritonite suraiguë et succombe en quelques jours.

Autopsie : révèle un rétrécissement de la partie supérieure du rectum au-dessus duquel on trouve plusieurs noyaux de pruneaux et de pépins de fruits. L'anneau formé par le rétrécissement permet au plus l'introduction du petit doigt. Une vaste ulcération circulaire occupe toute sa face interne : elle a environ un pouce de hauteur, ses bords sont constitués par la muqueuse un peu boursouflée en ce point et d'une couleur légèrement rosée. Le fond est pâle et formé par le tissu cellulaire sous-muqueux puis par le tissu musculaire dont il est facile de distinguer les fibres ; enfin au centre on trouve la perforation dont les bords sont minces : sa surface est taillée en biseau jusqu'au centre où se trouve la perforation. Aucune des tuniques intestinales n'est altérée dans sa structure.

Dans toute la longueur du tube digestif on ne trouve ni injection, ni ulcération.

Tous les autres viscères sont sains.

OBSERVATION N° 2

(ROGÉE. *Bulletin Soc. Anat. Paris*, 1838.)

Femme âgée de 61 ans.

Ne présente aucun antécédent pathologique. Mais depuis 3 ans souffre de coliques fréquentes accompagnées parfois de vomissements et de nausées. Elle présente

subitement une douleur violente dans l'abdomen et tous les signes d'une péritonite aiguë. La mort survient en trois jours.

Autopsie : en dehors des lésions de péritonite généralisée, on découvre sur le dernier cinquième de l'intestin grêle et sur le bord opposé à l'insertion mésentérique six ulcérations étroites, allongées, qui ne présentent ni granulation, ni induration, ni tubercule ; le fond des ulcérations est formé pour quelques-unes par le péritoine très mince, pour les autres il est constitué par la musculuse et le tissu cellulaire.

Dans le gros intestin il n'existe qu'une ulcération : celle qui a amené la perforation et qui siège dans le rectum au niveau du cul-de-sac recto-utérin. Elle offre les mêmes caractères que les ulcères de l'iléon, mais elle est arrondie de la largeur d'une pièce de 2 francs et perforée au centre. Le reste de la muqueuse digestive est sain. Les ganglions mésentériques ne présentent aucune trace de maladie.

Par ailleurs les viscères sont normaux.

Les poumons sont sains, on y découvre seulement aux sommets deux ou trois points susceptibles d'être d'anciens tubercules cicatrisés.

— Ces deux observations, dont le compte rendu anatomique est très détaillé, ne possèdent malheureusement pas d'examen histologique à l'appui. Elles laissent subsister des doutes sur la vraie nature de l'ulcère, car dans le cas de Rogée, il est cité des tubercules cicatrisés aux sommets des poumons, et la possibilité de lésions bacillaires enlève une grande partie de sa valeur à l'observation.

D'autre part, l'observation de Marchessaux peut aussi bien se rapporter à une rectite sténosante et ul-

céreuse qu'à un ulcère simple, et à défaut d'examen microscopique on ne peut l'accepter que sous réserve.

B. — *Observations complètes*

Les observations que nous présentons dans ce deuxième groupe sont toutes accompagnées d'un examen histologique, et cette vérification garantit de leur authenticité.

1° OBSERVATIONS ANCIENNES

OBSERVATION N° 3

(QUENU et DUVAL. *Revue de Chirurgie*, 1902.)

Femme de 50 ans.

Rentre pour hémorragies très graves.

A. H. : nuls.

A. P. : 3 enfants, dont 2 morts de diarrhée et de convulsions ;

2 fausses couches, a été soignée pour métrite après sa première fausse couche ;

Pas d'autres maladies.

La malade jouit de bonnes digestions, ne présente ni diarrhée, ni constipation.

A signaler qu'elle abuse de l'alcool : une bouteille de vin à chaque repas.

En novembre 1899 : première hémorragie rectale sans cause, perte abondante de sang, syncope, chute du pouls.

En mai 1900 : deuxième hémorragie traitée par le lit et la glace.

En juillet 1900 : troisième hémorragie accompagnée de syncope. Lit et glace.

Juillet 1901 : quatrième hémorragie traitée également par le lit et la glace.

En mai 1902, survient une cinquième hémorragie très abondante et accompagnée de syncope. On traite la malade par de l'ergotine et du sérum artificiel.

Le 22 juin elle entre à l'hôpital.

Toucher rectal : ne montre rien sinon quelques varicosités anales.

Rectoscopie : à 8 cm. au-dessus de la ligne ano-cutanée, aux confins de la paroi postérieure et de la paroi latérale droite, on constate :

a) Un ulcère de 5 à 6 cm. de long d'où provient l'hémorragie. L'ulcération est superficielle, son fond est rosé.

b) Une bande cicatricielle de quelques millimètres de large située juste à côté de l'ulcère. L'ulcère saigne légèrement (1).

A la faveur de l'examen : cautérisation de l'ulcère au thermocautère.

L'hémorragie s'arrête, tamponnement du rectum.

Le 23 juin, les règles commencent : nouvelle hémorragie, sérum, tamponnement.

Le 27 : l'ulcération est en voie de cicatrisation.

Le 12 juillet, la cicatrisation est complète. La malade sort guérie.

OBSERVATION N °4

(Présentée par le Docteur Nicolas PAUS de l'Institut d'Anat. pathol. de Christiana. — Citée par le Docteur LEJARS dans *Semaine Médicale*, 8 mars 1911.)

Homme de 35 ans.

Jouit habituellement d'une santé parfaite.

(1) L'examen microscopique de cette observation a déjà été relevé in extenso p. 11. Il était négatif et signalait seulement des lésions des petites artérioles.

Dans ces derniers temps, s'était plaint de tranchées gastriques qui se prolongèrent 2 jours.

Il s'était remis complètement de ce malaise lorsque, subitement, éclate une péritonite diffuse. Il meurt pendant la laparotomie.

Autopsie : on découvre un abondant épanchement fibro-purulent dans tout le ventre.

Sur la partie antérieure du rectum, il existe un ulcère perforé de 1 cm. 1/2 à 2 cm. de long sur 1 cm. de large ; les bords de l'ulcère sont nets, infiltrés de pus, la muqueuse présente au voisinage des fissures superficielles et des traînées purulentes.

Il n'existe pas de corps étrangers dans le rectum, mais dans le pus qui remplissait le bassin on avait trouvé une assez grosse concrétion fécale.

A l'examen microscopique, on ne découvre aucune lésion des tissus qui puisse faire penser au cancer ou à une inflammation spécifique.

OBSERVATION N° 5

(Docteur N. PAUS. — LEJARS, *Semaine Médicale*, 1911.)

Homme de 44 ans, bien portant jusqu'alors.

Présente brusquement tous les signes d'une péritonite généralisée.

A l'intervention : l'abdomen contient du liquide un peu sanguinolent.

Les anses intestinales sont couvertes d'un enduit fibrino-purulent.

La mort survient 3 h. 1/2 après l'intervention.

Autopsie : sur la face antérieure du rectum, tout près de la réflexion péritonéale, on trouve une perforation qui laisse passer l'index : les bords sont nets, minces, la paroi est atrophiée tout autour ; l'aspect est celui d'un ulcère gastrique perforé.

A l'examen microscopique, on ne trouve rien qui ressemble ni à la tuberculose, ni au cancer ; la muqueuse est un peu enflammée, les vaisseaux sont en partie thrombosés.

2° OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION N° 6

(Service du Docteur DELORE, Hôtel-Dieu)

M. M. L., 40 ans, magasinier, marié, a deux enfants en bonne santé.

Rien à signaler dans les antécédents.

Depuis 1925, se plaint de fausses diarrhées accompagnées parfois de ténesme.

En 1930, il aurait présenté une crise appendiculaire.

En 1931, l'état du malade s'aggrave : il présente de l'asthénie et un amaigrissement de 5 kilogs. Ses selles sont striées de sang avec quelquefois émission de caillots sans matières. Il a trois selles par jour s'accompagnant parfois d'épreintes et de ténesmes.

A l'examen : rien à signaler.

Le *toucher rectal* à main nue permet de sentir sur la face antérieure du rectum, à 7 cm. au-dessus de la marge de l'anus, une petite ulcération du diamètre d'une pièce de 50 centimes, qui admet juste la pulpe de l'index, pas d'induration, ni d'inflammation autour.

Intervention : Docteur Delore, Docteur Pichat.

Après une incision périnéale antérieure, on décolle le rectum jusqu'au Douglas sans l'ouvrir. On excise la portion indurée.

Il s'agit d'un petit ulcère aux bords indurés de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50, entouré d'une muqueuse saine.

Examen histologique. — Sur les coupes de l'ulcère, la

muqueuse a disparu. Il existe sur la muscularis mucosæ un état inflammatoire sans caractère spécial.

On ne voit aucune formation permettant de penser au néoplasme.

Après l'intervention, les hémorragies disparaissent en même temps que les phénomènes fonctionnels, l'état général s'améliore et le malade sort guéri.

OBSERVATION N° 7

(Service du Professeur SAVY, Hôtel-Dieu.)

Mme A. D., 35 ans.

Bonne santé habituelle.

Mariée, mari en bonne santé.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral à signaler.

En 1919 a accouché à terme d'un enfant mort-né. Bordet-Wasserman négatif. Nie la spécificité.

En mai 1932, fut opérée d'une grossesse tubaire ; l'intervention fut suivie d'une phlébite double avec septicémie veineuse atténuée.

En décembre 1932, entre dans le service pour une hémorragie intestinale grave.

La malade jouissait d'une bonne santé, accusant seulement depuis quelque temps une constipation opiniâtre nécessitant l'emploi quotidien de laxatifs.

Le 7 décembre, dit-elle, elle oublie de prendre son laxatif habituel, et ne peut aller à la selle.

Le 8, elle eut sans aucun trouble adventice, une très forte hémorragie qu'elle évalue de 800 à 900 cc. environ.

Les 10, 13 et 14 du mois, ces hémorragies se reproduisent très abondantes, chaque fois il s'agissait de caillots de sang rouge et les émissions sont uniquement sanglantes ou presque. Chacune d'entre elles s'accompagne d'un état syncopal et progressivement d'un état anémique tel qu'on se dispose à pratiquer une transfusion

d'urgence au cas où se produirait une nouvelle hémorragie.

Numération globulaire = 1.400.000 hématies.

Par ailleurs, l'examen ne révèle aucune lésion cardiaque ni pulmonaire.

La rate n'est pas perçue. B.-W. : négatif.

Le toucher rectal est négatif.

Chaque émission rectale étant sanglante, on fait pratiquer d'urgence une rectoscopie.

Première rectoscopie. — Docteur Ceccaldi.

« Etant donné l'état de la malade, l'examen rectoscopique n'a pu être pratiqué d'une façon parfaite. Cependant, le rectoscope a pu pénétrer jusqu'à une profondeur de 13 centimètres. L'examen ne montre ni ulcération, ni masses infectées, mais à environ 6 centimètres de la marge de l'anus, la muqueuse présente un aspect boursoufflé et est recouverte d'une série de granulations. Cette portion de la muqueuse est excisée et on fait un prélèvement pour le laboratoire. »

Examen histologique.

— Le premier fragment adressé comporte une bande de muqueuse du type intestinal ne présentant aucune lésion histologique, pas plus d'ailleurs que le muscularis mucosæ à laquelle elle est attenante et qui est de dimension normale.

— Sur le deuxième fragment on aperçoit une ulcération creusée dans la muqueuse intestinale, ulcération dont le fond comporte une nappe inflammatoire fortement angiomateuse, mais dans laquelle on ne retrouve ni parasites, ni inflammation spécifique, ni cancer.

Le prélèvement fait au cours de la rectoscopie a été curateur, et depuis les hémorragies ne se sont plus reproduites. L'état général s'est très rapidement amélioré avec l'aide d'un traitement institué pour combattre l'anémie.

Deuxième rectoscopie, le 7 février. — Docteur Ceccaldi.

« L'aspect boursoufflé de la muqueuse signalé sur la première rectoscopie a considérablement diminué, son état apparaît normal ».

Bordet-Wassermann : négatif.

OBSERVATION N° 8

(Service du Professeur SAVY, Hôtel-Dieu)

M. R. B., 32 ans.

Se fait hospitaliser le 14 janvier 1933 pour une abondante hémorragie rectale qui s'est produite le matin et s'est accompagnée le soir et le lendemain d'une légère émission de sang.

A. H. : son père souffre du foie et de l'estomac.

Mère morte de maladie du cœur.

Personnellement : éthylisme de 2 à 3 litres de vin par jour.

Par ailleurs, le malade est un vésiculaire qui prend des crises de coliques depuis 1921, crises douloureuses typiques, s'accompagnant de subictère quand la crise est longue ; en dehors des crises, on note un certain nombre de signes hépatiques : pituites matinales, pyrosis, diarrhée post-prandiales, teint couperosé, etc.

Du reste, le malade rentre pour ces phénomènes douloureux qu'il fait passer au premier plan, et l'hémorragie rectale n'a été que l'occasion décisive de son entrée.

Cette hémorragie n'est pas la première :

— Il y a un an, pour la première fois, il aperçut quelques filets de sang dans ses selles.

— En avril 1932, alors qu'il était soigné à Saint-Pothin pour coliques hépatiques, il présenta brusquement une hémorragie rectale de 1 litre 1/2 de sang pur non mélangé à des matières.

Depuis, le malade n'a pas eu de nouvelle hémorragie jusqu'à celle qui occasionne son entrée et qui est beaucoup moins abondante : 500 gr. environ.

Rectoscopie. — Docteur Ceccaldi.

« Montre à 5 centimètres de la marge de l'anüs une minime ulcération dont le fond est rouge vif. A côté de cette ulcération se trouve une granulation du volume d'un grain de blé. Cette granulation est enlevée à la pince afin d'en permettre un examen histologique. Au niveau de l'ampoule rectale on constate par endroit un léger dépoli de la muqueuse. Au delà de l'ampoule rectale et sur une profondeur de 20 centimètres la muqueuse a un aspect absolument normal ».

— *L'examen histologique* donne une réponse négative: il ne s'agit ni d'inflammation spécifique, ni de cancer.

Cliniquement, on se trouve en présence d'un ulcère simple à forme hémorragique analogue au cas précédent, cependant le cas de ce malade offre une particularité car un interrogatoire soigneux fait préciser au malade que :

« Les hémorragies surviennent chaque fois après une crise de colique hépatique un peu forte. Le malade raconte qu'il présente en même temps le syndrome rectal et sous-hépatique, et dans ses explications il est on ne peut plus affirmatif. Ce malade pose donc le problème du facteur hépatique dans les hémorragies de son ulcère, et inversement de l'existence d'ulcérations intestinales dans les hémorragies chez les lithiasiques (1) ».

En d'autres termes, on peut se poser la question suivante : l'état hépatique est-il à l'origine de l'ulcère ou simplement de l'hémorragie ?

Dans le premier cas, l'insuffisance hépatique, en créant un état dystrophique de la muqueuse intestinale, favoriserait l'apparition d'ulcères points de départ des hémorragies chez les hépatiques.

(1) Note du Docteur Pichat, interne du service.

Dans le deuxième cas, l'insuffisance hépatique aurait joué un rôle secondaire en déclenchant des hémorragies au niveau d'un ulcère préexistant.

Si le premier cas est possible, le second est probable, et il est difficile de trancher la question. Ce cas pose un problème clinique analogue à celui qui fait hésiter entre le diagnostic de cirrhose du foie et d'ulcère du duodénum : en face d'une symptomatologie insuffisante, l'apparition d'une hémorragie intestinale laisse subsister tous les doutes, car elle peut se réclamer tout aussi bien de l'ulcère que de l'insuffisance hépatique.

Quoi qu'il en soit, d'une façon générale, il faut accepter comme certaine l'action favorisante de l'insuffisance hépatique sur l'apparition d'hémorragies au cours de l'évolution d'un ulcère intestinal, d'autre part, l'insuffisance hépatique peut être acceptée dans le cadre des causes prédisposantes, qui, en entraînant un état dystrophique de la muqueuse intestinale, se trouvent à l'origine des ulcères simples.

CHAPITRE III

Etude anatomo-clinique de l'ulcère simple du rectum

De l'étude des observations ci-dessus, nous pouvons retirer des données précises sur l'évolution anatomique et clinique de l'ulcère simple du rectum, afin d'en esquisser une première description.

1° ANATOMIQUEMENT. — D'après les résultats des vérifications macroscopiques relevées ci-dessus, l'ulcère du rectum présente les caractères suivants :

Il siège presque constamment sur la face antérieure du rectum à 5 ou 7 centimètres de la marge de l'anus, il est plutôt bas situé, non loin du rétrécissement constitué par le sphincter anal, et ce fait rappelle les localisations de l'ulcère simple du gros intestin, toujours en amont des rétrécissements naturels ou pathologiques de l'organe ; on peut l'expliquer par l'action de la stase fécale plus prononcée à ce niveau.

Dans tous les cas, il est unique.

Ses dimensions sont variables, il atteint parfois 1,5 à 2 cm. de diamètre et jusqu'à la surface d'une pièce

de 2 francs. Plusieurs fois il apparaît comme une petite éraillure de la muqueuse, et même la lésion ulcéreuse peut être si minime qu'elle n'est pas visible macroscopiquement, l'examen rectoscopique montre seulement quelques granulations dont l'examen histologique révèle le caractère ulcéreux par la destruction de la muqueuse. Ces lésions même légères sont capables d'entraîner de fortes hémorragies par les altérations vasculaires qui les accompagnent.

Ces petites ulcérations sont inaccessibles au toucher rectal, et si l'examen physique n'est pas complété par une rectoscopie elles passeront inaperçues.

Au contraire, certains ulcères présentent des bords nets, arrondis et de consistance dure, le toucher les identifie aisément.

La profondeur de l'ulcère est variable : souvent la muqueuse et la sous-muqueuse sont seules lésées, et la muscularis forme le fond de l'ulcère apparaissant rouge vif. Dans les cas plus évolués, toutes les couches de la paroi intestinale ont été rongées, et l'ulcère vient affleurer le péritoine ; la perforation est imminente.

Il semble bien que l'évolution la plus habituelle de l'ulcère du rectum soit orientée vers la perforation et leur tendance térébrante est un de leurs principaux caractères. La perforation s'ouvre au centre de l'ulcère par un trou à l'emporte-pièce fissuraire ou linéaire, de dimensions variables ; la paroi est atrophiée tout autour. La muqueuse avoisinante apparaît saine, et l'inflammation toujours très limitée qui l'accompagne parfois, doit être interprétée comme une réaction secondaire, fonction de l'ulcère ; microscopi-

quement elle n'est jamais spécifique, et elle n'est pas suffisante pour être placée à l'origine du processus ulcéreux.

Cet aperçu anatomique met en lumière l'importance capitale du toucher rectal et surtout de la rectoscopie, qui permettent de dépister des ulcères latents ou insignifiants, lésions minimales et cependant capables d'entraîner de graves hémorragies et d'évoluer vers la perforation.

2° CLINIQUEMENT. — Malgré leur nombre restreint, les observations que nous avons présentées nous permettent d'acquérir sur l'ulcère simple plusieurs notions importantes :

a) Ces ulcères sont relativement fréquents : en effet, depuis que la rectoscopie et l'examen microscopique ont été mis au service de la clinique, plusieurs cas ont été publiés, et les trois observations inédites que nous présentons ont été réunies en quelques mois.

Il est certain que des cas très nombreux passent inaperçus en raison de la latence des symptômes, c'est ce que prouvent les premières observations, où l'ulcère ayant évolué jusqu'à la perforation, était une découverte d'autopsie. Actuellement, où le diagnostic précoce est plus facile en raison des moyens d'investigation que nous possédons, l'ulcère simple acquerra dans la pathologie rectale une importance plus en rapport avec sa fréquence relative.

b) D'autre part, ces observations nous prouvent l'existence clinique de l'ulcère simple du rectum. Dans tous les cas complets, ni le passé pathologique, ni l'examen histologique ne permettent de relier l'af-

fection à une cause étiologique quelconque, et il est impossible de le ranger dans le cadre des ulcères spécifiques.

c) Enfin, parmi toutes ces observations, certains symptômes, certains modes d'évolution sont particulièrement en relief grâce à leur fréquence et leur constance. Nous appuyant sur ces caractères dominants, il nous est possible de distinguer plusieurs formes cliniques de l'affection.

En effet, on est impressionné, par la soudaineté, l'abondance, et la répétition des hémorragies, rencontrées au cours de plusieurs histoires cliniques ; d'autres fois, une perforation brutale, survenant sans avertissement, révèle l'existence d'un ulcère latent ; enfin, dans un cas isolé, l'ulcère emprunte le tableau clinique d'un cancer du rectum.

Ces trois modalités d'évolution nous apparaissent comme les plus typiques et les plus fréquentes, et elles possèdent une individualité suffisamment marquée pour nous autoriser à ranger nos observations dans le cadre des trois groupes cliniques suivants :

- a) Ulcères hémorragiques ;
- b) Ulcères latents perforés ;
- c) Ulcères à forme pseudo-cancéreuse.

Cette classification, quoique sommaire, nous permettra cependant de mettre en lumière les symptômes principaux de l'ulcère simple du rectum, et nous la proposons jusqu'à ce que la publication de nouvelles observations permettent de l'enrichir, de le compléter ou de le reviser.

Nous allons passer à l'étude particulière de chacune de ces formes cliniques.

A. — *Forme hémorragique*

Il semble que ce soit la plus importante à bien connaître, car d'après le caractère des hémorragies, d'après leur mode d'apparition et d'évolution, on pourra soupçonner l'existence d'un ulcère du rectum et agir utilement dans l'intérêt du malade. L'hémorragie est en effet un des rares symptômes de l'ulcère simple du rectum, et par sa fréquence et par sa constance il se présente comme le plus caractéristique.

Dans toutes ces observations, les hémorragies sont *isolées*, elles surprennent brusquement un malade sans passé pathologique, et qui ne se plaint d'aucun malaise bien précis, sinon parfois d'une constipation assez opiniâtre.

Le tableau clinique de l'ulcère du rectum se révèle donc très différent de celui de l'ulcère du gros intestin, où, au contraire, les signes fonctionnels sont au premier plan : constipation presque constante et évoluant durant de longues années, crises douloureuses coliques de caractère intermittent, troubles digestifs ; par contre, les hémorragies sont beaucoup plus rares. Dans l'ulcère du rectum les hémorragies ne s'accompagnent d'aucun symptôme semblable, et la douleur fait défaut ; c'est pourquoi elles risquent facilement de passer inaperçues si leur caractère de gravité ne vient pas les trahir. Le malade n'étant pas inquiété, ni gêné, les attribuera à des hémorroïdes et s'abstiendra de venir au médecin. D'autre part, les hémorragies isolées, sans contexte pathologique, n'éveilleront

pas l'attention du médecin, si le toucher rectal ne donne aucun renseignement, car, nous l'avons vu, de très fortes hémorragies peuvent être sous la dépendance de lésions minimes, perceptibles uniquement à l'examen rectoscopique.

Mais, habituellement, la gravité des pertes sanguines mettent le médecin sur la voie du diagnostic en l'incitant à pratiquer une rectoscopie.

En effet, ces hémorragies sont rarement bénignes, et dans la majorité des cas elles sont très *abondantes*. Nous relevons dans le compte rendu des observations, des hémorragies dont le volume est évalué à 500 gr., 800 gr., et même 1 litre et demi de sang. Elles font penser à l'hématémèse grave de l'ulcère de l'estomac.

Elles s'accompagnent d'un profond état anémique, à tel point que chez une malade la numération globale révèle un nombre d'hématies abaissé à 1.400.000.

Certaines offrent le tableau d'une hémorragie interne grave et se signalent par de la pâleur, l'état syncope et la chute du pouls.

Mais leur gravité résulte moins de leur abondance que de leur répétition. C'est un de leur caractère constant que d'être *récidivantes*, et nous assisterons chez les malades à une véritable série d'hémorragies que seule une intervention radicale peut enrayer.

C'est ainsi que dans l'observation de Quénu et Duval, nous voyons une malade présenter six hémorragies consécutives en trois ans et demi ; une autre malade a quatre hémorragies en cinq mois, et jamais l'abondance des pertes sanguine ne tend à diminuer.

Ces hémorragies, étant donné leurs caractères, doi-

vent être considérées comme une complication grave de l'ulcère du rectum, elles devront donc commander l'intervention dès que l'ulcère aura été localisé, et sans attendre qu'un état anémique grave s'ensuive.

De même, devant toute hémorragie rectale, même minime, qui n'aura pas fait ses preuves, il conviendra de s'assurer par un examen rectoscopique qu'il n'existe pas un ulcère rectal évoluant à bas bruit pour se révéler un jour par une complication foudroyante : hémorragie grave ou perforation.

B. — *Forme perforante*

Si l'hémorragie nous apparaît comme le symptôme le plus caractéristique et le plus fréquent de l'ulcère du rectum, nous constatons cependant son absence dans plusieurs observations. Quand l'hémorragie fait défaut, l'évolution de l'ulcère est absolument latente, car aucun des légers troubles intestinaux présentés par les malades ne peut mettre sur la voie du diagnostic : il s'agit de constipation avec alternatives de diarrhée, et s'accompagnant de vomissements et de nausées ; parfois les malades se plaignent de gastralgies, d'indigestions, parfois ils jouissent d'une santé parfaite. Cette symptomatologie est banale, et cependant la vie de ces malades est menacée d'un dénouement tragique, car l'ulcère ne trahissant pas son œuvre de destruction, poursuit son évolution jusqu'au terme de la perforation. Celle-ci éclate brusquement, se révélant par des signes de péritonite aiguë rapidement gé-

néralisée, et la mort survient en 2 ou 3 jours. L'ulcère est une découverte d'autopsie.

Telles se présentent plusieurs observations où la perforation apparaît comme le premier symptôme d'un ulcère rectal latent. Mais si la perforation représente le terme ultime de l'évolution spontanée de l'ulcère, il nous est permis d'imaginer une évolution contraire orientée vers la guérison ; naturellement, nous ne pouvons en posséder aucune confirmation clinique, car dans l'état actuel de nos connaissances, le diagnostic d'un ulcère latent avant la perforation, serait une découverte toute fortuite ; cependant, si l'on tente d'établir un parallèle entre l'ulcère du côlon, dont on connaît des cas de guérison spontanée, et l'ulcère du rectum, on peut conclure que certains ulcères latents ne se révèlent jamais au médecin et échappent à tout contrôle. On ne peut malheureusement pas compter sur cette évolution favorable, et connaissant les deux caractères redoutables de ces ulcères : leur latence, leur tendance à la perforation, on comprendra l'intérêt très grand qu'il y aurait à les mieux connaître et à les dépister avant qu'il soit trop tard.

Une autre affection intestinale offre ces deux particularités évolutives : c'est l'ulcère du duodénum. Il sortirait du cadre de notre étude de tenter un parallèle entre ces deux affections, et de rechercher si ces deux localisations extrêmes d'ulcères intestinaux sont les manifestations d'une maladie commune, mais on ne peut s'empêcher de comparer leur évolution clinique qui présente de réelles analogies.

Lockhart-Mummery, en étudiant l'ulcère simple

perforé du gros intestin, signale une forme latente révélée brusquement par la perforation, et la rapproche également de l'ulcère du duodénum se démasquant brusquement par sa perforation.

Le parallélisme clinique de ces deux affections se retrouve également dans le caractère des hémorragies : l'ulcère du duodénum se révèle fréquemment par des hémorragies intestinales qui ouvrent la scène clinique et ont tendance à se répéter, il en est de même pour l'ulcère du rectum.

Cette latence dans l'évolution qui apparente ces deux maladies, caractérise également les deux formes cliniques d'ulcère du rectum que nous venons d'étudier, car, si dans la forme perforante l'ulcère ne se révèle qu'au terme de son évolution, dans la forme hémorragique les émissions sanguines ressemblent plus à une complication qu'à un véritable symptôme : dans les deux cas, la scène fonctionnelle est à peu près vide, les signes subjectifs sont nuls, et l'état général n'est pas sensiblement altéré.

Quoique l'évolution de ces deux variétés d'ulcère soit différente, et nous oriente naturellement vers la distinction de deux formes cliniques, on conserve une impression d'unité dans l'aspect et la marche générale de la maladie.

Il en est tout autrement de la troisième forme clinique que nous allons étudier.

C. — *Forme pseudo-cancéreuse*

La description de cette troisième variété d'ulcère repose sur une seule observation, cependant elle apparaît si fortement individualisée qu'il n'est guère possible de la ranger dans le cadre des deux formes cliniques précédemment décrites, et c'est pourquoi nous nous croyons autorisé à lui accorder une étude spéciale sous une étiquette individuelle.

L'observation en question (observ. N° 6) se rapporte à un homme de 40 ans, sans antécédents pathologiques qui, depuis 6 ans, présentait des épisodes de fausses diarrhées, s'accompagnant parfois de ténésme, et qui, rapidement, maigrit et perd ses forces : cet amaigrissement atteint 5 kilogs en 7 mois.

Actuellement, il a trois selles par jour striées de sang et se plaint parfois d'épreintes et de ténésme. Quelquefois, il a des émissions de caillots sans matières. Devant un tel ensemble de symptômes fonctionnels et généraux, on songe à un cancer du rectum et l'on pratique un toucher rectal : sur la face antérieure du rectum on perçoit une ulcération bien délimitée dont l'examen microscopique révélera qu'il ne s'agit ni d'un cancer, ni d'une inflammation spécifique.

Ce cas possède une véritable individualité clinique par son allure pseudo-cancéreuse : ceci grâce au caractère particulier des hémorragies très différentes de celles que nous avons étudiées plus haut, et grâce

au cortège des symptômes fonctionnels et généraux que nous rencontrons dans cette seule observation.

L'amaigrissement et l'asthénie peuvent être rapportées aux pertes sanguines répétées qui affaiblissaient le malade ; il se peut également que les symptômes fonctionnels présentés par ce malade : épreinte, ténésmes, fausses diarrhées, soient les signes habituels de l'ulcère du rectum que l'on retrouveraient sur une plus grande série d'observations ; cependant, cette observation est la seule qui les signale, et c'est pourquoi nous préférons ne pas donner à ces symptômes une valeur générale.

Nous conserverons donc pour le moment la classification des ulcères simples en trois formes cliniques : hémorragique, perforante et pseudo-cancéreuse. Nous la donnons comme provisoire, soit que l'étude d'un plus grand nombre d'observations permettent de la compléter, soit qu'une plus profonde connaissance des symptômes et de l'évolution commandent une revision.

Car la symptomatologie de l'ulcère du rectum nous apparaît encore très obscure, et les observations que nous rapportons ne nous permettent de connaître que les manifestations extrêmes de cette affection : toutes les premières observations sont des constatations *post mortem* d'ulcères perforés, ensuite la pratique de la rectoscopie et de l'examen histologique permettent d'identifier la nature de la lésion, démasquée par des hémorragies graves, mais dans aucun cas on a été mis sur la voie du diagnostic par la constatation de symptômes fonctionnels ou subjectifs particuliers. Ces

signes existent probablement, mais ne pourront être connus que par l'étude de nombreuses observations. Pour les rassembler, il est indispensable de généraliser la pratique de la rectoscopie dans toutes les manifestations rectales d'origine imprécise où le toucher se révèle négatif.

Cette pratique n'est pas vaine si l'on songe à la latence de ces ulcères qui ne trahiront leur présence que par des hémorragies souvent graves, ou par la conclusion foudroyante d'une perforation. On peut les éviter facilement si l'examen est pratiqué en temps voulu, car le traitement des ulcères simples du rectum est d'une pratique aisée, et son efficacité certaine.

CHAPITRE IV

Traitement de l'ulcère simple du rectum

La simplicité et l'efficacité du traitement de l'ulcère du rectum s'oppose à la gravité des accidents auxquels expose cette affection. Il pourra s'effectuer la plupart du temps à la faveur de l'examen rectoscopique, et c'est ce qui a été fait dans plusieurs des cas que nous avons cités.

On peut opérer de deux façons :

1° La méthode de choix et la plus facile à exécuter est la cautérisation au thermo-cautère : après dilatation et mise en place du rectoscope, on cautérise soigneusement la surface ulcérée. C'est le procédé conseillé par Quénu qui a obtenu ainsi une guérison en quelques jours avec arrêt total des hémorragies. On constate seulement un léger saignotement à la chute de l'escarre.

2° On peut également exciser la lésion et pratiquer ensuite une suture au catgut s'il y a lieu.

Dans tous les cas que nous avons rapportés, la guérison complète a été obtenue par l'emploi d'une de ces deux méthodes.

Conclusions

I. — Il existe un ulcère simple du rectum, qui ne peut s'assimiler à aucune autre variété d'ulcère rectal déjà décrit. Il s'en différencie :

— Etiologiquement : par l'impossibilité de le rattacher aux affections d'origine inflammatoire vasculaire ou néoplasique qui déterminent l'apparition de lésions ulcéreuses.

— Histologiquement, par l'absence de toute lésion caractéristique des ulcères spécifiques.

II. — Si la pathogénie de ces ulcères est incertaine, ils n'en possèdent pas moins une individualité clinique incontestable par les caractères de leurs symptômes et de leur évolution.

Ceux-ci permettent de les classer en trois formes cliniques distinctes :

Forme hémorragique ;

Forme perforante ;

Forme pseudo-cancéreuse.

III. — Ces ulcères peuvent être redoutables soit par la latence de leur évolution dans leur forme perforante, soit par la gravité des hémorragies.

Leur symptomatologie est fruste ou peut-être méconnue, c'est pourquoi ils ne se révèlent que par leurs accidents les plus graves :

- Hémorragies isolées, abondantes et récidivantes.
- Perforation.

IV. — En raison de leur insidiosité, on peut affirmer que ces ulcères sont plus fréquents que ne le laissent supposer la rareté des cas publiés. C'est pourquoi, étant donné leur gravité relative, il est important d'essayer de les dépister avant leurs complications.

Ceci est possible par un usage plus fréquent de la rectoscopie : il importe de toujours la pratiquer lorsque devant une hémorragie légère ou des troubles fonctionnels minimes d'origine rectale, les examens cliniques habituels demeurent négatifs.

V. — Cette recherche ne sera pas superflue, car un ulcère latent démasqué sera aisément et radicalement guéri par l'excision ou la thermo-cautérisation, et l'on évitera ainsi au malade la possibilité de graves accidents.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PAUL SAVY.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 10 Juin 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

QUÉNU et DUVAL. — De l'ulcère simple du gros intestin.
Revue de Chirurgie, 1902.

GANDY. — L'ulcère simple et la nécrose hémorragique
des toxémies. *Thèse de Paris*, 1900.

COMBES. — Des ulcères simples de l'intestin. *Thèse de
Toulouse*, 1897.

LEJARS. — *Semaine Médicale*, 8 mars 1911.

Nicolas PAUS. — Ulcus perforanti recti. *Deut. Zeits. für
Chirurg.*, 1911, n° 108.

LOCKHART-MUMMERY. — Disease of the rectum and colon.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction et Historique.	9
<i>Chapitre premier.</i> — Definition de l'ulcère simple recto-colique. Ses caractères pathogéniques et histologiques	13
A. Des ulcères recto-coliques	14
B. De l'ulcère simple de l'intestin	19
<i>Chapitre II.</i> — Exposé des observations	25
<i>Chapitre III.</i> — Etude anatomo-clinique de l'ulcère simple du rectum	39
<i>Chapitre IV.</i> — Traitement de l'ulcère simple du rectum	51
Conclusions	53
Bibliographie	55

